



TITLE:

# 手術方法ノ研究

AUTHOR(S):

---

CITATION:

手術方法ノ研究. 日本外科宝函 1934, 11(1): 239-244

ISSUE DATE:

1934-01-01

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/203418>

RIGHT:

イサヲ加ヘ前日ニ見エタ2ツノ隆起ハ見エズ、壓痛ハ前日ヨリ甚シク浮腫ハソノ度ヲ増シ、境界ハ一層不鮮明トナツタ。體溫ノ上昇ガアリ、血中ノ白血球數ハ 16900, 中性嗜好白血球 70%, 淋巴球 25% デアル。

診斷 以上ノ如クコノ腫瘤ハ急性炎衝ノ殆ンドスベテノ症狀ヲ呈シテキル。而シテ比較的表在性デ腫瘤ニ2ツノ突起ノアルコトカラ之ハ淋巴腺デアリ、而モ淋巴腺集塊デアルト考ヘラレタ。故ニ慢性ノ經過ヲトツテ來タ淋巴腺炎ガ急ニ増惡シタモノト考ヘタ。

コノ急性炎衝ノ症狀ガ去ラヌノデ3日後切開手術ヲ施シタ。即腫瘤ノ中央部ハ空洞ヲナシ、血樣ノ液ヲ排出シタ。直チニ之ヲ塞天培養基ニ培養シ、1部デ蛋白消化酵素ヲ檢シ、又壁ノ1部カラ試験切片ヲ取ツタ。ソノ結果ハ培養基ニ細菌群落ヲ證明セズ、又蛋白消化酵素モ陰性デアル、即急性炎症ノアル所カラ得タ液トシテハ全ク反對ノ結果トナツタノデアル。顯微鏡標本ハ明ニ肉腫ノ像ヲ呈シテキル。

如何シテ之ガ急性炎衝ノ症狀ヲ呈シタカヲ臆ツテ考ヘルニ、肉腫ガ急ニ成長スルトキハ局所ニ溫度上昇ガアツテモヨク、又中央部ガ軟化スル様ナトキコレガ吸收サレテ體溫ノ上昇ヲ見ルコトモアルガ、皮膚ニ浮腫、壓痛ガ證明サレル様ニカクモ明ニ急性炎衝ノ症狀ヲ呈スル筈ハナイ。此ノ患者ノ場合ニ考ヘラレルコトハ、コノ患者ハ朝外來患者臨床講義ニ出テ即日入院シタノデ1日數回ノ診察ヲ受ケ局處ガ何回モノ觸診ノ結果、非常ニ刺戟サレタ爲ニ反應トシテ起ツタ症狀カモ知レナイ。

顯微鏡標本ガ肉腫ノ像ヲ呈シテキルノデ切開手術後10日目ニ腫瘍全部ヲ剔出シタ。腫瘤ハ下顎骨ヲ越ヘ顎下ニ入り顎下腺ト硬ク癒着シ顎下腺ト共ニ摘出シタ。附近ニ淋巴腺腫張ヲ認メナイ。開放性ノ切開創ガ腫瘤ノ空洞ト交通シテキタニ拘ハラズ手術創ハ第1期縫合ヲシタ所縫合部ハ1週間後第1期癒合ヲナシタ。即開放性ノ切開創ガアツテモ感染ノ程度ガ輕イト考ヘラレルトキハ最初カラ開放性處置ヲトラズニ第1期癒合ヲ企ツベク、全部縫合スルガ方が合理的デアル。

## 手術方法ノ研究

### 腎臓及ビ輸尿管手術2, 3例

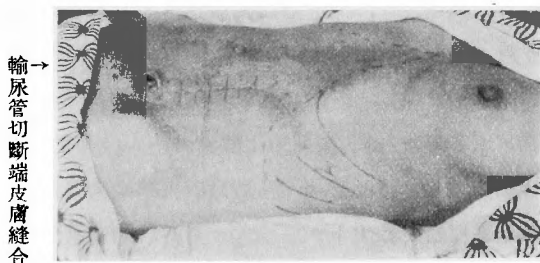
鳥 取 都 谷 枝 萬 次 郎

患者 第1例 27歳 女。 診斷 腎膿腫。

昨年9月(約1年前)突然惡感戰慄ト共ニ高熱ヲ發シ下腹部及ビ左腹部ニ疼痛ヲ覺ヘ、排尿時ニハ尿道ニ不快ナ疼痛ヲ感ジタ。斯ル發作ヲ毎日繰返シタガ本年3月頃ニハ漸次病感ヲ覺ヘザル様ニナリ、6月頃カラ再ビ同様な發作ガ襲來シ腰痛ヲ訴ヘテキル。此頃1—2回血尿ヲ認メタガ多クハ膿樣濁尿デアル。又尿意頻數ニ苦シム。

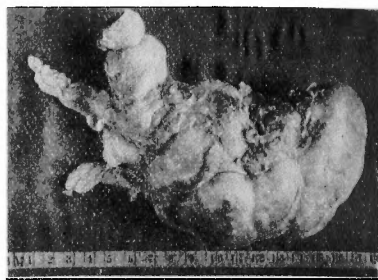
診ル＝一般榮養衰へ左腹部ハ極輕度＝膨隆シ、此部ノ前腹壁皮膚及ビ左腰部＝微カ＝浮腫ガアル。左腹部ハ一般＝腹壁緊張ヲ證明シタ。左腰三角部＝壓痛ガアル。尿ハ膿様＝強ク濁濁ス。膀胱鏡検査ノ結果膀胱三角部ノ充血、左輸尿管口周圍ノ浮腫及ビ左腎ヨリノ膿尿排出ヲ證明シタノデ局所麻酔ノモト＝左腎摘出術ヲ行ヒ、甚シク病的＝變化セル輸尿管斷端ハ皮膚＝縫着シタ。經過ハ順調。(第1,2圖參照)

第 1 圖



皮切(術後13日目)

第 2 圖

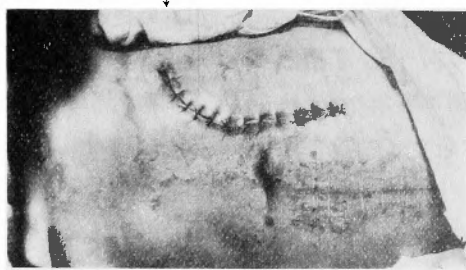


患者 第2例 57歳 女。 診断 輸尿管狭窄。

約3年前ヨリ時々下腹部又ハ左腹部＝疼痛ヲ覺ヘタガ、堪ヘ難キ程度ノモノデハナカツタ。3週間前＝左腹部ヨリ下腹部＝亘リ 疝痛様疼痛發作ガアリ、疼痛ハ肛門ノ方ヘ 放散シ尿意頻數トナリ、又惡心ヲ伴ツタ。其際醫師カラ下腹部ノ腫瘍ヲ發見セラレ、數日後子宮筋腫トシテノ手術ヲウケタ。然ル＝其ノ手術後4—5日目カラ以前同様ノ堪ヘ難イ疝痛發作ガ左腹部＝襲來シ、腰部＝放散シ、尿意頻數トナリ、嘔吐ヲ伴フト云フ。

第 3 圖

腎摘出皮切(術後第7日目)



第 4 圖



脂肪性肥滿貧血性デ腹壁＝ハ殊＝脂肪ガ多イ。臍下正中線上＝第1期癒合ヲセル手術癒痕ノ外特別ノ所見ヲ認メナイ。腹壁緊張モナイ。深部觸診＝ヨリ臍ノ左稍々上方＝雞卵大弾力性硬ノ腫瘤ヲ觸レル。兩腎共獨レナイ。腎臓カ輸尿管結石ノ疑デX寫眞ヲ撮ツテ見タガ夫ラシイ陰影ヲ認メナイ。膀胱鏡検査ノ結果左腎ノ機能ガ他側＝比シテ減退シテキル。カテーテルハ約20極マデ何等ノ抵抗ナシニ挿入シ得ル。

腎摘出ノ目的デ手術ヲ行ツタ。腎臓ハ腫大シテキル。腎盂及ビ輸尿管上部ハ擴張膨滿シ、此ノ部分＝ハ廣ク後腹膜腔＝發生シテキル腫瘍ノ1部分ガ癒着シテキテ、ソノタメニ輸尿管ハ狭窄サレテキル。結石ハ認メラレヌ。輸尿管＝硬ク癒着シテキル腫瘍ノ1部分ト共ニ腎摘出術ヲ施行シタ。腫瘍ハ鏡檢上小圓形細胞肉腫デアアル。(其後以前＝摘出サレタ子宮腫瘍ヲ組織學的ニ検査シタ所ガ筋腫デハナク全ク後腹膜腫瘍ト同様ナ像ヲ呈シテキル子宮肉腫デアアルコトヲ知ツタ)(第3,4圖參照)

以上2症例ハ鳥瀉教授ガ主張セラレテキル逆行性腎臟摘出術ヲ行ツタモノデアアル。此ノ手術

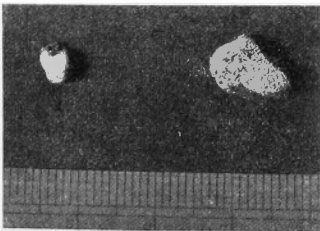
ニ當リ普通一般ニ行ハレテキル腰部斜切開法ヨリモヨリ良キ切開方法ヲ考案シ様ト思ツタノデ  
次ニ述ベル術式ヲ試ミ非常ニ有利ナ諸點ヲ見出シタ。

余等ハ主トシテ直腹筋外切開ヲ用ヒ、之ニ多少ノ副切開ヲ加ヘタノデアル。即チ腸骨前上棘  
ノ高サカラ直腹筋外切開ヲ始メ上方肋骨弓下2—3横指下方ヨリ漸次上方ニ彎曲シタ弧狀皮切ヲ  
加ヘル。從テ皮切ハ肋骨弓ヲ越ヘテ前腋窩線ト第10肋骨ト交叉スル點ニ終ル全長17—20浬デア  
ル。次デ淺在筋膜ヲ壓排シ直腹筋ノ外縁ヲ露出シ此ノ外縁ニ沿ヒ外斜腹筋内斜腹筋及ビ横腹筋  
ヲ切離ス。此ノ切開ハ上方ハ肋骨弓直下マデ延長スル。更ニ第12肋骨游離端ノ高サニ於テ此ノ  
切開ト直角ニ外方ニ向ツテ腹筋ヲ3—5浬ダケ切離スル副切開ヲ追加ス。斯クテ腹膜ヲ側腹壁ヨ  
リ鈍性ニ手ヲ以テ剝離シ、腹膜外ヨリ腹腔内臓ヲ内方ニ壓排スレバ甚ダ容易ニ腎臟脂肪被膜ニ  
達スルコトヲ得。尙ホ進ンデ腎前面ヨリ腹膜ヲ剝離シツ、先ヅ腎門ニ達シ腎臟血管ヲ個々ニ眼  
下ニ結紮切離シ次デ徐ニ腎上極及ビ後面ヲ剝離シ、最後ニ必要ナル丈ノ輸尿管ヲ腎臟ト共ニ摘  
出スルノデアル。本術式ノ利點ヲ舉グレバ被術者ノ體位ハ仰臥位ナルタメ患者ニ最モ苦痛少キ  
コト、手術野ハ充分ニ廣キコト、腹壁筋ノ損傷少ク從テ出血ハ殆ンドナク又縫合ハ確實ニ施シ  
得ルコト、腎莖部ハ比較的淺在性ニシテ容易ニ之ニ到達シ得ルコト及ビ之ガ結紮切離等一限  
下ニ行ヒ得ル事、並ニ輸尿管ヲ充分ニ露出シ得ルコト等ノ諸點デアル。（詳細ハ日本泌尿器科學  
會雜誌第23卷第1號昭和9年1月發表ノ豫定）

患者 第3例 37歳 男。 診斷 輸尿管結石。

1晝夜前ノ夜半突然ニ腹部ノ劇痛アリ、同時ニ數回嘔吐シタ、注射ニ依テ一時ヲ凌イデキル、其後疼痛  
ハ左腸骨窩ニ局限シテ來タ、嘔吐ハ以來時々アリ、便通排氣ハナイ、ト云フ訴デ夜中ニ主治醫附添デ自  
動車ニ乗ツテ數里ノ所カラ來院シタ。主治醫ノ説明ニヨレバ發病時左腸骨窩ニ腸ノ蠕動不穩ガ認メラレ、  
雞卵大ノ腫瘍ヲ觸知シタトノコトデアツタガ、余ノ診察時ニハ夫ヲ證明シナイ。腹部膨滿ナシ。只左腸骨  
窩ニ腹壁緊張ガアル。兩腎ヲ觸レナイ。尿ハ透明デアル。但シ此ノ際尿沈渣ノ検査ハ行ツテキナイ。直腸  
鏡デ検査ヲ行ツタガ何等診斷ノ手懸リヲ得ナイ。主治醫ハ「イレウス」ヲ主張シテキル。余ハ診斷不明ノマ  
、患者ノ充分ナ諒解ヲ得タ上デ試験的開腹術ヲ施シタガ、其際腸管ノ何處ニモ病變ヲ發見スルコトガ出來  
ナカツタ。タダ「S」字狀部ガ少々瓦斯ヲ以テ膨大シテキタガ、腸軸捻轉後ノ様ナ所見ハナイ。止ムヲ得ズ  
手術創ヲ閉ジタ。以來疼痛ナク2週日後創癒ヘテ退院シタ。

第 5 圖



夫カラ約2月ヲ經過シテ來院。其間時々前ト同様ナ疼痛發作ガアル  
ト訴ヘタノデ、初メテ泌尿器系統疾患ニ想到シ、膀胱鏡検査及ビ  
X線寫眞ニヨリ左輸尿管下端ニ大豆大ノ結石アルヲ確證シ、腹膜  
外切開デ輸尿管ヲ露出シ之ヲ下方ニ索ツテ結石ヲ觸知シタ。併シ  
結石ヲ上方ニ移動セシメ得ナカツタノデ結石ノ位置ヨリモ4—5浬  
上方ノ輸尿管ヲ切開シ之ヨリ小麥粒鉗子ヲ挿入シ結石ヲ摘出シタ。  
（第5圖右參照）

患者 第4例 27歳 男。 診断 輸尿管結石。

本年春頃1—2回左腹部＝稍々強い疼痛ヲ訴ヘタコトガアツタガ<sup>1</sup>晩位デ自然ニ治癒シタ。今度ハ6日前ノ夜中突然左腸骨窩ニ堪ヘ難イ痙攣様發作ガ襲來シ、屢々嘔吐ヲ來シタ。夫以來鎮痛劑ノ注射ナクシテハ堪ヘラレナイ。發病以來熱發ハナイ。

診ルト榮養佳良デ腹部膨隆ヤ蠕動ニ穩メナシ。一般ニ腹壁ハ緊張シテキルガ殊ニ左腹部ニ著明デアアル。左腸骨前上棘ト臍トノ中間ニ極限局シタ著明ナ壓痛點ガアル。此部ガ甚ダ敏感デ觸診ヲ許サナイ。止ムナク全身麻酔ノモトニ精査シタガ腫瘤モ特別ナ抵抗モ觸レズ。腎及ビ輸尿管モ觸知シナイ。直腸膨大部ニ擴張ナシ。尿ハ透明デアアルガ其ノ沈渣ニ少数ノ赤血球ガ認メラレタ。

膀胱鏡検査デ左輸尿管下端ニ嵌頓シテキル結石ガアルコトヲ確診シ得タノデ、腹膜外切開ヲ以テ輸尿管ヲ露出シ輸尿管外部カラ此ノ結石ヲ上方ニ移動セシメ、輸尿管切開口ヨリ之ヲ摘出シタ。(第5圖左参照)

以上2例ノ様ニ輸尿管下端ニ嵌入シタ結石ハ腹膜外切開法ニ依ツテ結石ヲ現位置デ摘出スルコトハ甚ダ困難デアルト思ハレルカラ出來得ル限り前述ノ方法ヲ行ツタガ容易且ツ安全デアラウ。

輸尿管切開創ハ2例共細小絹糸デ粘膜以外ノ全層ヲ密ニ縫合シ、尙ホ念ノタメ2—3日間<sup>1</sup>ドレーン<sup>1</sup>ヲ挿入シテ置イタガ、<sup>1</sup>ドレーン<sup>1</sup>拔去後尿様ノモノハ勿論其他異常ノ分泌物モ排出サレルコトナク殆ンド第1期癒合ヲ以テ治癒シテキル。

此等ノ症例カラ觀レバ特ニ手術野ガ汚染サレタト考ヘラレヌ場合ニハ輸尿管切開創ヲ充分ニ縫合シテ置イテ譬ヘ1時的ニモセヨ<sup>1</sup>ドレーン<sup>1</sup>ヲ挿入スルコトナク、最初カラ第1期癒合ヲ期待シタ方ガ良イト思ハレル。腎臓ヤ輸尿管結石ハ時ニ其ノ症狀ガ恰カモ<sup>1</sup>イレウス<sup>1</sup>ノ夫ト似テ來ルコトガアルカラ注意ヲ要スルガ、併シ<sup>1</sup>イレウス<sup>1</sup>ノ時ト異リ腸ノ蠕動ニ穩ハ惹起サレナイ。此點ハ兩者ノ鑑別ニ最モ重要デアル。

## 直腸癌手術術式ニ就テ

碓 文 雄

高位乃至高達直腸癌ニ對シテハ以前ヨリ京大教室ニテ唱ヘラルル腹會陰合併術式ガ最モ理想的デアルガ、低位直腸癌ニ於テモ亦合併術式ガ最モ推奨ス可キ方法カト思ハレル。最近我々ノ經驗シタル1例ニ就テ述ブ。

62歳ノ男子、直腸前壁ニ於テ、肛門括約筋ニ殆ンド接シ、上方約8榎ニ及ブ略々圓形ノ定型ノ低位直腸癌。基底トノ移動ハ困難、但シ臨床上轉移ヲ思ハス所見ナシ。他ニ病的變化ヲ認メナイガ、體重約 41Kgニシテ X 線検査及直腸鏡検査ニ際シ腦貧血ヲ來シタル程度ノ極ク虛弱ナル僧侶デアル。

手術ハ最近本誌ニ藤濱學士ガ記載セルト同様ニ行ツタガ先ツ尾閥骨ヲ切除、直腸ヲ剝離、骨盤隔膜ヲ截リ離シ、腹膜下組織ニ及ンダ。次デ直チニ腹側ヨリ手術ヲ開始セントシタガ患者ノ一般狀態惡ク、更ニ開腹術ヲ行フ事危険ナル状態トナリシ故直チニ直腸ヲ其儘引キ出シ、薦骨部偽肛門ヲ造設スル準備ヲナシ手術ヲ終ツタ。其後輸血其他ノ方法ニヨリ恢復ヲ計リ、術後3日目ニ開腹術ヲ行ヒ合併的ニ直腸切斷ヲ完了ヘル事ヲ得タ。

術後ノ狀態ハ前回ヨリ良好デ、9日目ヨリ一時腎盂炎ノ症狀ヲ現シタガ手術部ハ順調ニ經過シタ。術後2

日目は偽肛門ヲ開キ、3日目は會陰部ノ「タンポン」ヲ交換シタ。此ノ創面ヨリ培養上大腸菌及白色葡萄狀球菌ヲ明ラカニ證明シタ。但シ手術ノ際直腸壁ヲ傷ケ穿孔ヲ來セシニハ非ズ、剝離ニヨリ血行ノ障礙ヲ來セル直腸壁ヲ通過シ大腸菌ガ創腔ニ出タモノト考ヘラレル。

直腸癌ガ肛門ヨリ10糎位ノ部ニ存スルモ、之ヲ必ズシモ合併術式ニヨリ手術セザル可カラザルニハ非ズ。會陰部ノミヨリ直腸全部ノ切斷ガ可能ナ事ガアルガ、此ノ際新シキ肛門ヲ自然ノ肛門ノ存セシ附近ニ造營セントスル事ハ考慮ヲ要スル。即チ薦骨ヲ切除シタル部分ニ偽肛門ヲ造ル場合ニテモ、周圍ヨリ剝離サレ血管等ノ大部分切斷サレタル直腸ガ、單ニ皮膚ト接着スルノミニテ其ノ他ハ骨盤底腹膜ニ至ル迄、周圍ニ組織無キ空洞中ヲ通ル故、手術野感染ノ危険ト直腸壁ノ血行障礙ニ陥ル危険トガ多イ。本例ニ於テモ會陰部ノ腔ハ明カニ感染ヲ示シテキル。夫故ニ手術後ノ感染ヲ防ギ且直腸壁ノ2次的損傷等ヲモ防ガントスルーハ是非共腸骨窩ニ偽肛門ヲ造ル可キモノナリト考ヘル。カクノ如ク腸骨窩ニ偽肛門ヲ造營スル事トナレバ手術ハ結局合併術式トナルノデアル。

一般ニ直腸ヲ肛門ヨリ上方10糎以上モ切斷スルヲ要スルガ如キ直腸癌ノ手術ニ對シ、必ズ合併術式ニヨリ腸骨窩ニ偽肛門ヲ造ル可キ事ヲ推奨スル。其ノ理由ハ合併術式ノ方が根治的デアリ、無菌的操作モ充分ニ行ハレ、腸管血行障礙等ノ不快ナル事モ無ク且ツ薦骨部ニ作ツタ偽肛門ヨリ腸骨窩偽肛門ノ方が取扱上便利ナルガ故デアル。

### ブラウン氏補助吻合部腸間膜間隙ニ因スル腸閉塞症ノ1例

宮 司 克 己

患者 51歳 男子

本年10月7日胃癌ノ診斷ノモトニ開腹手術ヲ受ケタガ腫瘍ハ幽門部一體カラ噴門部へ及ビ且轉移性腫脹殊ニ後腹膜下淋巴腺腫脹著シカリシタメ單ニ胃腸吻合附ブラウン氏補助吻合ヲ施シタ。術後ノ經過ハ順調デ排便モアリ、腹部ノ所見ニモ何等異狀ヲ認メナカツタ。然ルニ第5日日夜半ニ至リ突然臍部ヲ中心トスル激痛ヲ訴ヘ惡心嘔吐アリ。嘔吐ハ翌朝ニ至ルモ止マズ。腹痛ハ益々其ノ度ヲ加ヘ次第ニ腹部ハ膨滿スルニ至ツタ。浣腸スルニ排便無ク放屁無シ。

現症 脈膊頻數ニシテ緊張稍々衰ヘ顔貌ハ苦悶ノ狀ヲ呈シテ居ル。腹部ヲ診ルニ右腹部ハ著シク膨隆シ蠕動不隠ガ著明デアル。聽診スルニ腸雜音ハ鑢響性デアル。直腸簞部ハ強度ニ擴張シテ居ル。

即チ手術後何處カニ腸狹窄ニ起シテ居ル事ハ一見シテ確デアル。仍テ直ニ再開腹術ヲ行ツタ。

開腹所見 腹水ハ無イ。小腸ハ膨滿シ小腸壁ハ浮腫狀ヲ呈シテ居ル。狹窄部位ヲ明ニセントシ小腸ヲ順次腹腔外ニ引出シ検査スルニ前回ノ手術ニ於テ胃腸吻合後 (antecolica) ブラウン氏補助吻合ヲ附加シテ置イタガ其處ニ生ジタ腸間膜間隙、即チ輸出脚及輸入脚ニ因ル腸間膜間隙ヲ通ジテ小腸ノ全部ガ、即チ廻腸ノ末端附近迄嵌入シ、通過障礙ヲ惹キ起シテ居タ事ガ判明シ

タ。即チブラウ<sup>ン</sup>氏補助吻合部ニ於ケル腸間膜間隙が本症ノ原因デアツタノデアル。依テ嵌入セル小腸ヲ全部引出シ整復シ後通過障礙ノ原因トナリシ腸間膜間隙ハ輸入脚、輸出脚及ビ輸出脚腸間膜間ニ結節縫合ヲ施スコトニヨリ閉鎖シ手術ヲ終ツタ。

腸々吻合術ニ於テ側々吻合或ハ端側吻合ノ場合ハ必ず其處ニ腸間膜間隙ヲ生ジ此ガ因トナリ後日小腸竝入シ腸通過障礙ヲ惹起スル事アリ。故ニカ、ル間隙ハ自覺ヲ以テ閉鎖ス可シトハ本教室ノ岩城學士ガ昨年京都外科集談會席上デ述べタ所デアル。

ブラウ<sup>ン</sup>氏補助吻合モ亦小腸側々吻合ナルヲ以テ其處ニ腸間膜間隙ヲ生ズル。此ノ間隙ハ retrocolica ニテ胃腸吻合ヲ行フ場合ニハブラウ<sup>ン</sup>氏補助吻合部附近ニ於テ横行結腸腸間膜裂口ヲ處置スレバ多少狹少トナルガ此ニ反シ antecolica 一テハ此間隙ハ全ク開放性デアル。又腸々吻合術ニ於テ腸間膜間隙ヲ通ジ腸管ノ嵌入シ易キ原因ハ吻合腸管ノ何レカノ1脚ガ比較的移動性少キカ或ハ固定サレタル場合デアルト云フ原則ハ本ブラウ<sup>ン</sup>氏補助吻合部ニ於テコソー層適切ニ當テハマルモノデアル。即チ一方ニ於テハ胃腸吻合部ヘ連リ他方ニ於テハ Treitz 氏帶ニヨリ固定セラレ、然モブラウ<sup>ン</sup>氏補助吻合部以下ノ小腸ハ自由ニシテ移動性ニ富ムヲ以テ其處ニ生ゼル腸間膜間隙ニ小腸ガ嵌入シ、通過障礙ヲ惹起スル事ハ從來稀デハアルガ、然シ當然アリ得ベキ事デアル。本例ハ正ニ其ノ適例ニシテ今後ハブラウ<sup>ン</sup>氏吻合ノ際生ズル腸間膜間隙ハ意識シテ閉鎖ス可キデアル。以上ノ意味カラシテブラウ<sup>ン</sup>氏吻合部ノ記載ニ當ツテハ、Treitz 氏帶ヲ標準トシ其ヨリ何種ト記載スル方が間接ニ腸間膜間隙ノ大サヲモ云ヒ表ス事トナリ、此ノ方が妥當ト信ズルノデアル。從來ブラウ<sup>ン</sup>氏吻合ハ此ノ Treitz 氏帶ニ出來ル丈接近シテ行フ事ヲ原則トナシ、術後何等ノ不快症狀ガ無カツタノデアルガ、或ル時1人ノ幽門部潰瘍切除患者ニ於テ術後18日目ニ急性十二指腸擴張症トモ名ヅク可キ症候ヲ呈シ、開腹ニヨリブラウ<sup>ン</sup>氏吻合部ヨリモ oral ニ於テ辛ウジテ擴張シタル十二指腸下端ト空腸トノ間ニ第2ノ吻合ヲ行ヒ得タ1例ニ遭遇シタ。其以來ブラウ<sup>ン</sup>氏吻合ハ Treitz 氏帶ニアマリ接近シテ行フ可ラズト云フ事ニ改メタノデアルガ今後ハブラウ<sup>ン</sup>氏吻合ハ Treitz 氏帶ヨリ約 10 cm 位 anal ノ處ニテ行ヒ其際吻合部ヨリ Treitz 氏帶ニ至ル迄空腸兩脚間ヲ結節縫合以テ縫合閉鎖スル事ニシタナラバ宜シイカト考ヘルノデアル。

## 診 療 瑣 談

### Quincke 氏浮腫ノ1例

藤 浪 修 一

Quincke 氏浮腫トハ Quincke ガ1882年ニ始メテ記載シタ急性限局性浮腫ヲ言フノデアル。即、身體ノアル個所ニ豌豆乃至手拳大ニ限局性ノ浮腫ガ來リ、大抵ハ數時間後痕跡無ク消失ス